



Post-Covid Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Je mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich mich auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen. In diesem Sinne bitte ich Sie, den Bogen auszufüllen und ihn mir vor Ihrem Ersttermin zukommen zu lassen (ausgedruckt per Post oder per Mail als PDF Datei). Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

| | | |
|-------------------|---------------|------------|
| Name: | Vorname | Geb.-Datum |
| Straße + Hausnr.: | PLZ | Ort |
| E-Mail: | Tel. Festnetz | Mobil |
| Krankenkasse: | Körpergröße | Gewicht |
| Hausarzt: | | |

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

| | | |
|-----------------------|--------------------|-----------|
| Instagram | auf Empfehlung von | |
| Ärztbewertungsportale | Praxishomepage | Sonstiges |

Wann war Ihre Coronainfektion?

Vorerkrankungen:

Medikamente vor der Coronainfektion:

Medikamente aktuell:

Sportliche Aktivität vor Corona:

Sportliche Aktivität aktuell:

| | | | |
|-----------------|------------|--------|-----|
| Raucher: | regelmäßig | selten | nie |
| Alkohol: | regelmäßig | selten | nie |



1. Verlauf der akuten Corona-Erkrankung:

keine Beschwerden
Erkältung
Atemnot
Husten
Fieber
Muskelschmerzen
Riech- und Schmeckstörung
andere

Klinikaufenthalt: von _____ bis _____

Intensivpflichtig mit Beatmung: ja _____ nein _____

Coronaimpfungen: nein _____ ja _____ Anzahl _____ ungefähres Datum _____

2. Verbliebene Beschwerden allgemein:

| | |
|--|--------------------------|
| Atemwegsbeschwerden / Luftnot | Husten |
| Brustenge | unvermitteltes Herzrasen |
| Erschöpfung / körperliche Leistungseinschränkungen | Müdigkeit |
| Verlust des Geruchs- / Geschmackssinns | Kopfschmerzen |
| Muskel- und/oder Gelenkschmerzen | Konzentrationsprobleme |
| Gedächtnisprobleme | Stimmprobleme |
| Nervenstörungen / Neuropathien | Magen- / Darmbeschwerden |
| Depressionen | Angststörungen |
| Schlafstörungen | |
| andere | |

3. Erschöpfung / Fatigue und Zustandsverschlechterung nach Belastung:

Deutliche körperliche oder mentale Erschöpfung. Dadurch eine erhebliche Reduktion des Aktivitätsniveaus.

Erschöpfung, Verstärkung des schweren Krankheitsgefühls und/oder Schmerzen nach Belastung, auch Stunden/Tage nach der Belastung.

Die Symptome können durch jede Art von körperlicher oder mentaler Anstrengung oder durch Stress verschlechtert werden.

4. Schlafstörung:

Einschlafstörung
Durchschlafstörung
veränderter Tag-Nacht-Rhythmus
Schlaf führt zu keiner Erholung

5. Schmerzen:

Gelenkschmerzen
Muskelschmerzen
Kopfschmerzen
Halsschmerzen, Druck im Halsbereich



6. Neurologische / kognitive Manifestation:

Beeinträchtigung der Konzentration

Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses

Schwierigkeiten, Informationen zu verarbeiten, Wortfindungsstörungen, Lesestörungen

Wahrnehmungs- und Sinnesstörungen

Desorientierung oder Verwirrung

Bewegungskoordinationsstörungen

Es kommt zu Überlastungserscheinungen (Rückfälle und/oder Ängste) durch zu viele Informationen, zu viele Sinneseindrücke (z.B. Licht, Lärm ...) und bei zu viel Stress

Brain fog „Nebel im Kopf“

7. Autonome Manifestation:

Schnelle Lagewechsel (z.B. vom Liegen zum Stehen) führen zu Schwindel und/oder „schwarz werden vor Augen“

Bei Lagewechsel tritt Herzrasen auf

Schwindel und Benommenheit

Extreme Blässe

Darmstörungen (diffuse Schmerzen, Brennen, Blähungen)

Blasenstörung

Schwankender, instabiler Blutdruck = vasomotorische Instabilität

Atemstörungen

8. Neuroendokrine Manifestation:

Anpassung Körpertemperatur gestört

Hitze wird nicht gut vertragen

Kälte wird nicht gut vertragen

Appetitlosigkeit oder gesteigerter Appetit

Gewichtsabnahme

Gewichtszunahme

Niedriger Blutzuckerspiegel

Stress ist schlecht zu verarbeiten

9. Immunologische Manifestation:

Schmerzhafte Lymphknoten

Wiederkehrende Halsschmerzen

Neue Allergien / bereits bestehende Allergien haben sich verändert

Grippeähnliche Symptome oder allgemeines Krankheitsgefühl

Überempfindlichkeit, Unverträglichkeit von Medikamenten und / oder Chemikalien

10. Emotionale Beschwerden:

Ängste

Traurigkeit

Panik

Gefühlsschwankungen

11. Beziehungssituation:

allein lebend

geschieden

in fester Partnerschaft

ich habe

Kind/-er

verheiratet keine Kinder

12. Derzeitige berufliche Tätigkeit:

Wochenarbeitszeit:

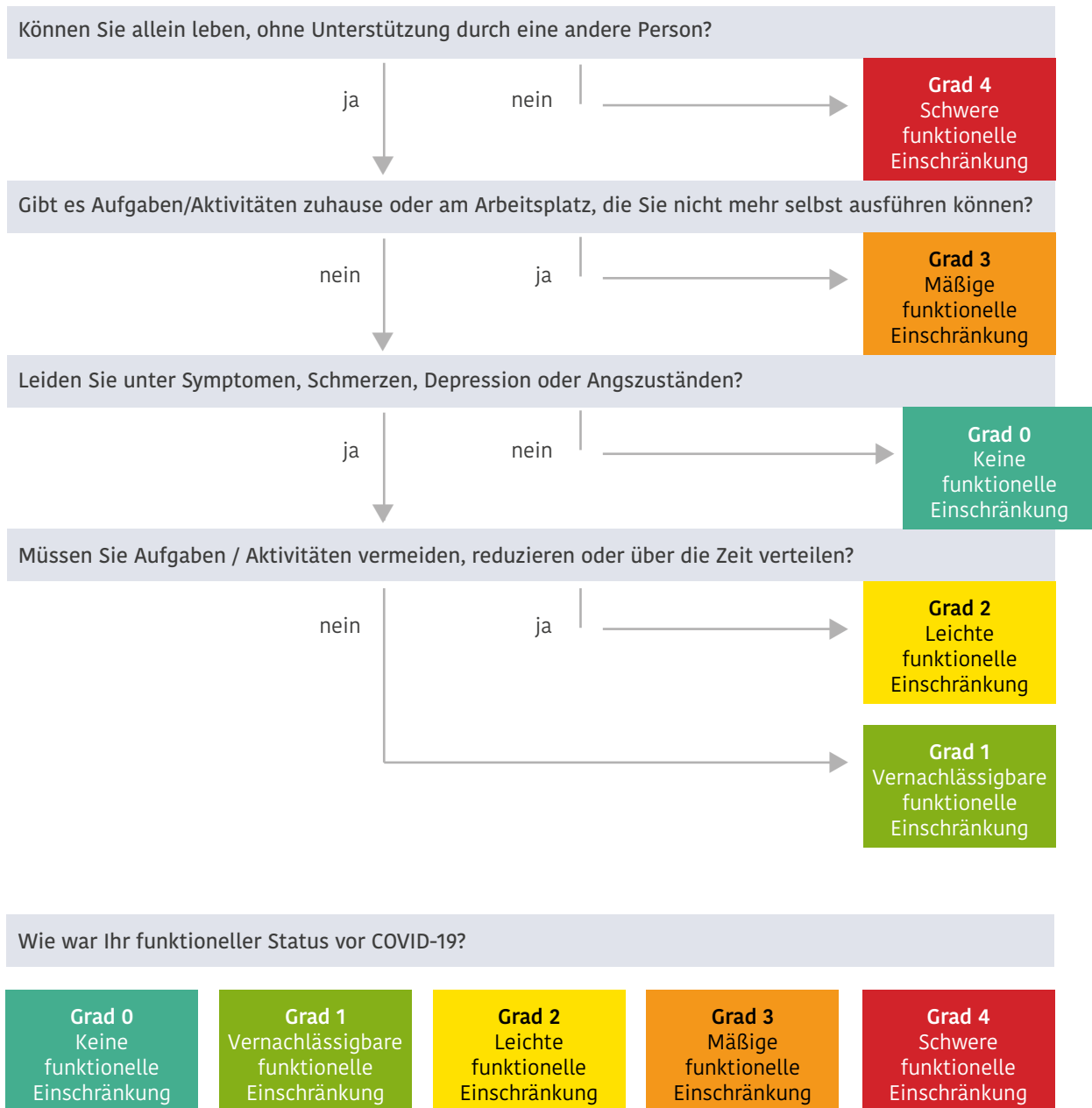
Stunden

13. Was erwarten Sie von meiner Behandlung:



Selbsteinschätzung des funktionellen Status:

Zutreffendes bitte ankreuzen



Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

GESUNDHEITSPRAXIS-KARLSRUHE

Dr. Peter Baader

Rastatter Straße 66
76199 Karlsruhe

Tel: 0721 46716308
Mobil: 0176 57733245
Mail: info@gesundheitspraxis-karlsruhe.de
Web: www.gesundheitspraxis-karlsruhe.de

GESUND BLEIBEN – GESUND WERDEN

